Percepciones de los padres.

Relación con las normas de entrada a la unidad neonatal.

Carmen Rosa Pallás Alonso.

Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid.

El gran desarrollo de la medicina en las últimas décadas ha tenido, sin duda, efectos favorables en la población pero también ha contribuido a generar una serie de pautas que se apartan de aspectos que están íntimamente ligados al comportamiento humano. La introducción de estas nuevas pautas ha constituido un gran experimento sin ningún tipo de control porque solo en los últimos años han sido cuestionadas y en algún caso evaluadas. Sirva como ejemplo lo que ha ocurrido con los padres y los recién nacidos enfermos ingresados en las unidades neonatales. A pesar de que la crianza de los niños en la especie humana depende de la presencia de los padres, fundamentalmente de la madre porque es ella quien además le va alimentar de forma exclusiva hasta los seis meses y con ayuda de otros alimentos hasta los dos años (1), no se tuvo ningún pudor en implantar "normas" para las visitas de los padres en las unidades neonatales y aunque ha existido y existe cierta variabilidad en estas "normas" la mayoría de ellas han restringido y siguen restringiendo el tiempo de visita de los padres de forma drástica, en algunos casos impidiendo cualquier tipo de contacto a lo largo de todo el ingreso. Considerando que actualmente el tiempo de ingreso que precisan algunos niños muy prematuros esta en torno a los tres meses y que todavía hay unidades neonatales que prácticamente impiden el contacto físico de padres y niños, la relación padres-niño en estos casos puede verse seriamente distorsionada.

El ingreso del recién nacido enfermo tiene unas connotaciones que le diferencia del ingreso en cualquier otra edad. Cuando un niño de cuatro años ingresa por una enfermedad grave los padres estarán casi con seguridad rotos por el dolor, pero todo lo que sienten en ese momento está acorde con la situación: es su hijo, esta enfermo, ellos lo quieren y sufren por la enfermedad y lo que significa para el niño y para la familia. Sin embargo cuando un recién nacido ingresa en una unidad neonatal, los padres no conocen a su hijo ni el niño ha tenido tampoco oportunidad de reconocerlos, la mayoría de las veces no se han llegado aun a hilvanar los sentimientos padre/madre-hijo. El ingreso del niño no facilita la aparición de estos sentimientos ya que en muchas ocasiones se impide el contacto del niño con los padres y de los padres con este o se

limita a breves periodos de tiempo y con restricciones en el contacto físico. Esta situación de alejamiento físico hace que los padres tengan dificultades para reconocer a ese niño enfermo como su hijo y por ello se generan en ellos sentimientos de culpa ya que se sienten muy lejos de lo que esperaban sentir por sus hijos (2). Los padres no pueden cuidar a su hijo que es lo que todo padre espera hacer y a partir de los cuidados proporcionados se va construyendo la relación con el niño (3).

Esta situación de alejamiento físico del recién nacido y sus padres, que conlleva en muchas ocasiones alejamiento emocional, se da en la mayoría de las unidades de neonatología españolas. Actualmente solo 8 de 83 unidades neonatales españolas dispones de entrada libre para los padres en la unidad (4). Nos vemos por tanto en la paradoja de tener que demostrar o justificar porque es bueno que los niños y los padres estén juntos sin que nadie previamente haya demostrado que sea beneficioso que los niños y los padres estén separados a pesar de que con la separación se rompía con una pauta de comportamiento humano que era la que hasta ese momento había garantizado el adecuado desarrollo del niño.

Hasta finales del siglo XIX no había surgido ningún interés por cuidar a los recién nacidos prematuros o enfermos para que sobrevivieran. Sin embargo al final de la guerra Franco Prusiana (1871), que había generado una gran pérdida de vidas, en Paris se reconoció la necesidad de tratar a los recién nacidos prematuros y enfermos (5). Hacia 1880 Tarnier, un obstetra francés, desarrolla la incubadora que ente oras ventajas permite mantener en caliente al niño prematuro. Con la implantación de los cuidados en incubadora se redujo la mortalidad de los niños prematuros al 50%. Cuando se comenzaron este tipo de cuidados las madres estaban con sus hijos y les alimentaban al pecho. Budin, un compañero de Tarnier encarga a Couney que demuestre la efectividad de la incubadora en la Exposición de Berlín (6). Los médicos alemanes permitieron a Couney utilizar niños prematuros dentro de las incubadoras durante el tiempo de la exposición, Couney cobraba para permitir que el público viera a los niños prematuros en las incubadoras y no permitía que las madres cuidaran de estos niños durante el tiempo de la exposición (7). Esta misma situación se reprodujo en Estados Unidos en la exposición Pan-Americana de Nueva Cork, también aquí se permitió que Couney utilizará niños prematuros en la exposición. Sin embargo en este momento ya se recoge un hecho, al que en ese momento no se le otorga trascendencia y que tampoco sirve como punto de reflexión. Algunas de las madres a las que se les “devolvió” el niño al

2

final de la exposición, no tenían ningún interés por el niño y hubo que persuadirlas para que se llevaran el niño a casa (8). Aunque estas exhibiciones tenían únicamente carácter comercial el método de Couney para atender a los niños prematuros se instauró en muchos hospitales europeos y norteamericanos (9). Los principios del cuidado eran la limpieza y la esterilidad y la exclusión de la madre del cuidado del niño, apartándose de las líneas de cuidado que habían propuesto en un principio Tarnier y Boudin. De esta forma, sin ningún tipo de control e imitando lo que se había hecho en una exposición de carácter comercial, queda instaurado un tipo de cuidado que mantiene alejados a los padres del niño y que como ya se ha referido anteriormente se mantiene todavía en muchas unidades neonatales. De nuevo fue después de otra guerra, 1950, cuando se vuelve a dar un gran impulso a los cuidados de los recién nacidos enfermos (10), de tal forma que en 1960 se reconoce la especialidad de neonatología en muchos países y se desarrollan en muy pocos años nuevas tecnologías para reducir la frecuencia y la gravedad de algunas de las enfermedades relacionadas con la prematuridad aunque se sigue manteniendo a los padres alejados de los niños. En la década de los 70 en la Universidad de Stanford, Barnett y sus colaboradores se cuestionan la práctica que hasta ese momento se había mantenido con los padres y consideran que se debe valorar el sufrimiento de los padres por la falta de contacto con su hijo (11). Como resultado de estas nuevas cuestiones se permitió a las madres, por primera vez desde que Couney instaurara su particular modelo de cuidado, contactar con sus hijos de forma precoz y ayudar dentro de lo posible a su cuidado (7). La mayor preocupación con respecto a la entrada de los padres en las unidades neonatales surgió entorno a las infecciones, se tenía miedo de que los padres pudieran transmitir infecciones a sus hijos enfermos. Sin embargo en ese momento tanto Kennell y Klaus como Barnett demuestran que pese a la entrada de los padres en la unidad neonatal la frecuencia de infección no se modifica con respecto a los periodos anteriores (7,11). Estos datos fueron suficientes para que la mayoría de los centro dejaran de considerar que el contacto de los padres y el niño podría ser dañino para este y por tanto pasaran a cuestionarse la política tradicional de separación (5). De alguna forma "la batalla" para que los padres entraran y participaran abiertamente en el cuidado de su hijo se libró en la década de los 70 y principios de los 80 y actualmente tanto en Estados Unidos, Canadá, Australia, países escandinavos, Alemania, Bélgica, Holanda, Gran bretaña, Luxemburgo y Francia esta práctica está instaurada en la gran mayoría de las unidades neonatales como parte básica de los

3

cuidados de excelencia que se quiere proporcionar al niño recién nacido enfermo. Sin embargo, esto no ha sido así en España donde solamente un 10% de las unidades neonatales tienen las puertas abiertas a los padres y casi la mitad de las unidades ponen dificultades para el contacto físico de los padres con el niño (4). En 1999 Cuttini (12) publica los resultados de un cuestionario europeo en el que se recoge entre otros aspectos la política de entrada de los padres en las unidades neonatales europeas: En el 100% de las unidades suecas, británicas y de Luxemburgo se permitía la entrada libre de los padres, en Alemania en un 70%, en Francia en un 50%; en Italia en un 18% y en España 11%: Actualmente se ha vuelto a pasar el cuestionario a las unidades neonatales europeas y aunque todavía no se han publicado los resultados se han presentado en Londres y se ha podido comprobar que en prácticamente todos los países del entorno de España,, salvo Italia, todas las unidades neonatales tiene acceso libre para los padres. No se puede explicar de forma fácil porque en España se mantiene modelos de cuidado, en lo referente a los padres, que en la mayoría de los centros europeos se desecharon en la década de los 80. Con respecto a otros aspectos los cuidados neonatales en España están equiparados a los mejores de Europa y Estados Unidos con unos resultados respecto a supervivencia comparables a los de las unidades europeas más prestigiosas. Cuando se plantea esta cuestión entre enfermeras y neonatólogos españoles lo primero que surge es el miedo a la infección, pero como ya se ha referido anteriormente en los trabajos publicados en la década de los 70 ya se proporcionaba información suficiente como para apoyar que la entrada de los padres no incrementa la tasa de infección. Desde entonces hasta ahora, además, se han ido incorporando nuevos conocimientos en torno a las infecciones adquiridas por los niños durante su ingreso en la unidad neonatal y se ha identificado que los gérmenes responsables de estas infecciones son gérmenes hospitalarios, no son gérmenes que traen los padres de la calle, son fundamentalmente bacterias y hongos que colonizan los servicios de neonatología y que el propio personal sanitario con sus manos o con los aparatos utilizados, transmite de niño a niño. Los padres no desempeñan ningún papel en esta cadena de acontecimientos. A pesar de que hoy en día el conocimiento en torno a estos aspectos es sólido, hasta el momento no se ha conseguido que en los servicios de neonatología españoles desaparezca el miedo a la transmisión de infecciones por parte de los padres. Por otro lado, el otro argumento utilizado para impedir la participación abierta de los padres es el miedo a un incremento de la conflictividad con los padres en la unidad neonatal. En muchas ocasiones los

4

profesionales identifican a las familias como un problema y las familias perciben a los médicos como distantes y poco comunicativos. Pero realmente la conflictividad se deriva fundamentalmente de los diferentes puntos de vista que pueden tener los profesionales y la familia sobre el papel que esta debe desempeñar en el cuidado del paciente (13) y las diferentes percepciones ante las necesidades de los padres que tienen los propios padres y los profesionales (14). Aunque estos aspectos no se han evaluado de forma específica, los trabajos que existen en torno a este tema no refieren ningún incremento en la conflictividad, al contrario, se refiere más satisfacción por parte de los padres y de los profesionales (15,16,17). El que los padres puedan permanecer con sus hijos todo el tiempo que deseen y que puedan entrar en la unidad en cualquier momento, aumenta la confianza de los padres en los cuidados que se proporcionan a su hijo (18). Otra limitación que se refiere son las condiciones arquitectónicas de la mayoría de las unidades neonatales en las que ciertamente existe una limitación de espacio pero este mismo problema existe también la mayoría de las unidades europeas que permiten la entrada libre de los padres y las unidades españolas con entrada libre no se caracterizan por ser las más espaciosas.

En el año 2003 en Pediatrics (19) se publican unas recomendaciones que tiene por objeto mejorar la calidad de la práctica clínica en las unidades neonatales y se centran fundamentalmente en aquellos aspectos en los que hay suficiente evidencia científica como para que no se cuestiones su aplicación, al igual que se recogen aspectos en relación con la prevención del daño pulmonar y el daño cerebral, uno de los artículos recoge la experiencia en torno a la llamada neonatología centrada en la familia, es decir al cuidado del recién nacido con participación de su familia y a la integración de la misma en la unidad neonatal. A pesar de que, como ya se ha referido anteriormente, resulte paradójico tener que demostrar que es beneficioso que niños y padres permanezcan juntos, se han desarrollado múltiples trabajos de investigación que han tenido como objetivo cuantificar de alguna forma los beneficios del contacto estrecho del recién nacido con sus padres. La mayoría de estos trabajos están enmarcados dentro del estudio de los cuidados centrados en el desarrollo. Este nuevo concepto surge al identificar una serie de cuidados, como puede ser el contacto con los padres, que sin poderse considerar cuidados médicos como tal han demostrado beneficios a corto y a largo plazo para el niño. De tal forma que actualmente se llaman cuidados centrados en el desarrollo a todos los cuidados que tienen como objeto favorecer el desarrollo

5

neurosensorial y emocional del recién nacido enfermo (20). No se trata ya solo de tratar las enfermedades que pueda presentar el niño sino también de aprovechar este periodo único en la vida por las características biológicas y emocionales que lo rodean para favorecer la normalización de ciertos aspectos que con el ingreso hospitalario sufren una gran distorsión.

Los cuidados centrados en el desarrollo comprenden intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macroambiente (luces, ruidos…) como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulaciones, dolor) y, por supuesto, intervenciones sobre la familia para facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño. El feto intraútero se encuentra en un ambiente oscuro, relativamente silencioso, con la percepción del sonido rítmico del corazón de la madre, en un medio líquido y con temperatura constante. Cuando nace prematuramente pasa de este ambiente intrauterino a un medio ruidoso, en el que continuamente se escuchan ruidos de voces, de alarmas, de los motores de las incubadoras, de los respiradores, con gran intensidad lumínica y en el que desaparece el medio líquido y se ve sustituido por la superficie dura de la incubadora. El cerebro de niño prematuro no está preparado para recibir y organizar toda esta serie de estímulos que en nada se parecen a los que recibía intraútero. En el momento en el que nacen muchos de los prematuros el cerebro está todavía en una fase bastante precoz de organización anatómica y funcional y esta avalancha de percepciones no ayuda a este proceso (20). A los niños muy prematuros ingresados en las unidades de cuidados intensivos neonatales se les somete de forma repetida varias veces al día a procedimientos dolorosos y a manipulaciones que causan incomodidad. La exposición precoz y repetida a estímulos dolorosos hace que posteriormente manipulaciones que no lleven consigo dolor se perciban como dolorosas porque el umbral de la percepción de dolor se altera. También se conoce que como consecuencia d e los estímulos dolorosos se incrementan los niveles de cortisol del niño y que como consecuencia de esta alteración hormonal se produce entre otras cosas una atrofia del hipocampo que posteriormente es responsable de algunas de las alteraciones del aprendizaje y del comportamiento que se presentan en estos niños (21,22). Pero al igual que se conocen todas estas consecuencias de la exposición precoz al ambiente extrauterino, también se han estudiado las consecuencias que tiene, desde un punto de vista biológico, el contacto estrecho con los padres en una etapa tan precoz.

6

Sirva como ejemplo el conocimiento generado en torno al método de cuidado canguro. El método canguro es un claro y bello ejemplo de cómo desde países en vías de desarrollo pueden generarse conocimientos aplicables universalmente. Este método de cuidados surgió a finales de la década de los 70 en Bogota. En la unidad de neonatología del Instituto Materno-infantil de Bogotá se carecía de recursos humanos y materiales suficientes para la atención de los recién nacidos enfermos. El Dr. Edgar Rey ante esta falta de recursos consideró que los niños prematuros podían estar en contacto piel a piel con su madre o con otro familiar las 24 horas del día. Se habilitó espacio para las madres en la unidad neonatal y se colocaba al niño con el tórax desnudo entre los pechos desnudos de la madre (23, 24). Con unas bandas anchas de tela se sujeta la niño para que la madre se pueda mover libremente por el hospital e incluso posteriormente en su domicilio. De esta forma se consiguió mejorar de forma muy importante la supervivencia de los niños muy prematuros. Posteriormente se han ido realizando estudios con diversos objetivos y se ha demostrado que el cuidado canguro incrementa la duración de la lactancia materna (25), disminuye la ansiedad y la depresión en los padres, mejora el vínculo padres/hijo (26), organiza el patrón de sueño del niño, disminuye las pausas de apnea (27), ayuda al control de temperatura y tiene un claro efecto analgésico en el niño (28). Si se recuerda lo que se ha mencionado anteriormente con respecto a las consecuencias del dolor simplemente por este aspecto el método canguro merecería consideración. La Organización Mundial de la Salud lo ha reconocido como un método de cuidado neonatal que conlleva claros beneficios y por ello ha hecho la siguiente recomendación "Mas de dos décadas de práctica e investigación sobre el método canguro dejan claro que es una buena alternativa al cuidado en incubadora. Es eficaz en el control de temperatura, lactancia materna y para mejorar el vínculo en todos los recién nacidos independientemente de su peso, edad gestacional, situación clínica o de los recursos tecnológicos disponibles". En el año 2003 la OMS editó una guía práctica para promover su utilización en todas las unidades neonatales del mundo (29). Actualmente en España solo se aplica el método canguro sin restricciones en el 22% de las unidades neonatales (4).

En el año 2004 Als (30) y colaboradores publicaron un trabajo en el que se refería la primera experiencia *in vivo* que mostraba por medio de sofisticadas aplicaciones de la resonancia magnética una mejor función y estructura cerebral en los niños prematuros que se habían atendido con un riguroso programa de cuidados centrados en el desarrollo

7

en el que en el además de otros aspectos se integraba a los padres en el equipo que proporcionaba los cuidados. Por todo lo referido anteriormente cuando se habla de que los padres tengan acceso libre a las unidades neonatales no solo se esta intentando preservar el complicado mundo de las emociones sino que también se esta dando oportunidad a que el sistema nervioso del niño madure en unas condiciones mas favorables: ya que el niño no puede estar dentro de la madre que al menos pueda estar íntimamente próximo a ella.

Como ya se ha repetido en varias ocasiones, no haría falta buscar ningún argumento para que niños y padres estén próximos, y quienes deberían buscarlos son quienes defienden la separación ya que han roto, sin control ni medida de resultados, con una práctica ancestral de la especie humana y que garantizaba la supervivencia y el desarrollo de los niños. De todas formas como, a pesar de ello, actualmente y sobre todo en la realidad española hay que hacer acopio de argumentos a favor de la aproximación de padres y niños, el problema se puede ver también desde una perspectiva legal y en relación con los derechos ciudadanos y los derechos del niño. El ministro de salud de Gran Bretaña recogió ya en 1959 en el Platt Report la necesidad de que los padres se involucraran en el cuidado de sus hijos durante la hospitalización. El gobierno británico en repetidas ocasiones ha apoyado la participación de los padres en el cuidado de su hijo durante su ingreso hospitalario (31). En la Asamblea general de UNICEF, en 1989 se aprobó el texto completo de la Convención sobre los Derechos del Niño (32). En el artículo noveno de este documento se hace referencia a que el niño tiene derecho a estar siempre acompañado por sus padres salvo que las autoridades, de acuerdo con las leyes vigentes, decidan que por interés del niño este debe estar separado de los padres. En otros artículos de este mismo documento se recoge también este aspecto de una u otra forma, pero siempre insistiendo en derecho de padres y niños a permanecer juntos. Las normas que se imponen desde muchos hospitales para regular y restringir las visitas de los padres a su hijo van en contra de estos derechos que se han reconocido de forma universal. En 1999 Levin (33) publicó las bases de la Humane Neonatal Care Iniciativa que se resume en once puntos, el primero de ellos dice textualmente que la madre debe poder permanecer con su hijo enfermo las 24 horas del día. En los puntos siguientes se hace referencia a que el objetivo del personal de las unidades neonatales no debe ser únicamente el recién nacido sino que también se debe prestar atención a los padres. En el último punto se hace referencia a las visitas de hermanos y otros familiares y se

8

recomienda que puedan visitar al niño y a la madre frecuentemente. La Unión Europea recoge como uno de los indicadores del programa CHILD (Child Health Indicators of Life and Development (34) el acompañamiento de los padres al niño durante el ingreso hospitalario y justifica la selección de este indicador desde el punto de vista sanitario, social y legal.

Se mire desde la perspectiva que se mire la separación del recién nacido enfermos de sus padres no está justificada hoy en día y probablemente nunca la estuvo pero ahora mismo se dispone de suficiente conocimiento en el ámbito del crecimiento y del desarrollo del recién nacido y sobre el establecimiento del vínculo padres-hijo, como para que los responsables del sistema de salud español identificaran los centros en los que se sigue limitando el tiempo de estancia de los padres con sus hijos y facilitaran los medios necesarios para que se modificaran la política de visitas de los padres. La entrada restringida de los padres para visitar a su hijo recién nacido enfermo es una práctica que actualmente está reconocida como inadecuada y por tanto todos los esfuerzos deben ir dirigidos a modificar las actitudes del personal sanitario que sigue defendiéndola y que de algún modo ha quedado anclado a las prácticas de los años sesenta y setenta. Se presentarán los resultados de une Studio cualitativo en el que se muestra como la percepción de los padres del niño como hijo se retrasa y se distorsiona en las unidades en las que se permite un escaso contacto físico de los padres del niño. El sufrimiento de los padres, por otro lado, es mucho menor en las unidades en las que se permite un estrecho contacto físico entre los padres y el hijo.

Bibliografía

1.World Health Organization. Expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. March 2001; http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.htm

2. Pallás CR, de la Cruz J. Antes de tiempo: nacer muy pequeño. Exlibris ediciones 2004.

3. Meyer EC, Snelling LK, Myren-Manbeck LK. Pediatric ntensive care: the parents´ experience. ACCCN Clin Issues 1989; 9:64-67.

4. Perapoch J, Pallás CR, Linde MA, Moral MT, Benito F, López M, Caserío S, de la Cruz J. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Situación de las Unidades de Neonatología en España. An Pediatr 2006; 64:132-139.

5. Davis L, Mohay H; Edwards H: Mothers´ involvement in caring for their premature infants an historical overview. J Adv Nurs 2003; 42:578-586

9

6. Baker JP. The machine n the nursery: incubator technology and the origins of newborn intensive care: The Johns Hopkins University Press. Baltimore. 1996.

7. Kennell JH, Klaus MH. 1976. Caring for parents of a premature sick infant: In Maternal Infant Bonding: the impact of early separation or loss on family development. Klaus MH & Kennell JH eds; CV. Mosby Co., Saint Louis, pp. 99-166.

8. Klaus MH, Kennell JH. 1993. Care of the parents. In Care of the high-risk neonate; 4th eds (Klaus MH&FanaroffAA eds); WB Saunders Company; Philadelphia PA; pp. 189-211.

9. Goldberg S, DiVitto B. 1995. Parenting children born preterm: In Handbook of parenting-Children and Perenting. Vol 1. Bornstein MHE eds: Lawrence Erlbaum Associates: Hove; pp. 209-166

10. Silverman WA. 1980. Retrolental Fibroplasia: A moderm Parable: Grune & Stratton, New York.

11. Barnett C, Leiderman P, Grobstein R, Klaus M. Neonatal separation: the maternal side of interactual deprivation. Pediatrics 1970; 45: 197-205.

12. Cuttini M, Rebagliato M, Bortoli P, Hansen G, de Leeuw R, Persson J, Reid M, Schroell M, de Vonderweid U, Kaminski M, Lenard H, Orzaleso M, Saracci R, Harvey D. Parental visiting, communication, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europa. Arch Dis Child. Fetal Neonatal Ed. 1999; 81: 84-91.

13. Levine C, Zuckerman C. Hands On/Hands Off: Why Health care professionals depend on families but keep them at arm´s length. J Law Med Eth 2000. 28: 5-18.

14. Shilds L, Hunter J, Hall J. Parents´and staff´s perceptions of parental needs during a child´s admission to hospital: an English perspective. JCHC 2004; 8: 9-33.

15. Jasper J, Clark WD; Cabrera-Meza G, Berseth CL, Fernandez CJ. Whose child is it anyway? Resolving parent-physician conflict in the NICU setting. Am J Perinatol 2003; 20: 373-80.

16. Griffin T. Facing challenges to family-centered care. I: Conflict over visitation. Pediatr Nurs 2003; 29:135-137.

17. Co JP, Ferris TG, Marino BL, Homer CJ, Perrin JM. Are hospital characteristics associated with parental views of pediatric inpatient care quality?. Pediatrics 2003; 111: 308-314.

18. Fowlie PW, McHaffie H. Supporting parents in the neonatal unit. BMJ 2004; 329:1336-1338.

10

19. Moore KA, Coker K, DuBuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. Pediatrics 2003; 111:e450-460.

20. Kenner C, McGrath JM. Developmental Care of Newborns & Infants. Edited by Kenner C, McGrath JM. Mosby ed. St Louis MO. 63123. 2004.

21. Anand KJS. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. Biol Neonate 1998;73:1-9.

22. Anand KJS, Scalzo FM. Can adverse neonatal expreriences alter brain develpompent and subsequent behavior?. Biol Neonate 2000;77:69-82.

23. Rey E, Martínez H. Manejo racional del nño premature. Bogotá; Colombia: Universidad Nacional; 1983.

24. Ruiz-Peláez JG, Charpak N, Cuervo LG. Kangaroo mother care, an example to follow from developing countries. BMJ 2004;329:1179-1182.

25. Hurst NM. Skin to skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. J Perinatol 1997; 17:213-217.

26. Tessier R, Cristo M, Vélez S, Girón M, Ruiz-Peláez JG, Charpak Y, Charpak N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. Pediatrics 1998; 102-117.

27. Fischer C. Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during Kangaroo care. Early Hum Dev 1998; 52: 145-153.
28. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin to skin contact is analgesic in healthy newborns. Pediatrics 2000; 105: e14.

29. World Health Organization. Kangaroo Mother Care. A practical guide. 2003. http://www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/kmctext.pdf

30. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, Warfield SK, Huppi PS, Butler SC, Conneman N, Fischer C, Eichenwald EC. Early experience alters brain function and structure. Pediatrics 2004;113:846-857.

31. Coyne IT. Parental participation in care: a critical review of the literature. J Adv Nurs 1995; 21: 716-722.

32. UNICEF. Convention on the rights of the child. November 1989. http://www.unicef.org/crc/fulltext.htm

33. Levin A. Human Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999; 88: 353-355.

34. Report to the European Commission. Child Health Indicators of Life and Development (CHILD).

11